

我国传染病防治法律制度的现状检视与域外考察

刘依林

上海政法学院，上海

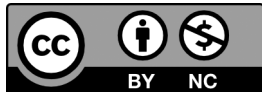
摘要 | 中国传染病防治法律制度经历了从建国初期的初步构建到21世纪逐步精细化、规范化的演变过程。在传染病监测制度方面，监测工作由早期的被动收集病例信息转向了多元化数据源的主动监测，并建立了全方位、多层次的监测网络。预警制度针对不同类型的传染病设定了明确的预警阈值，确保能够及时准确地触发预警响应。预防接种制度的发展历程体现了从局部免疫行动到全国性规划的转变，通过严格管理疫苗采购、接种点设置和人员培训等环节，提高了人群免疫水平。血液采集管理制度不断强化，从献血者招募、血液检测标准到储存运输条件都制定了严格的规范，保障临床用血安全。但核心制度之一的预警法律规制仍存在显著短板。当前预警制度面临预警阈值法律标准模糊、行政裁量权约束不足、程序规制缺失等问题，导致实践中易出现预警响应不及时或过度干预的困境。域外考察中，通过剖析日本《感染症法》的预警要件法定化、美国联邦—州协同的裁量约束机制等域外经验，构建“阈值法定化—程序正当化—权责明晰化”的分析框架。研究提出，应在《传染病防治法》中细化预警阈值的量化标准、增设行政听证程序、界定中央与地方预警职责边界，为我国传染病预警制度的法治化提供可操作路径，同时填补公共卫生行政法领域微观制度研究的空白。以全面提升应对传染病疫情的能力，切实维护公众健康权益。

关键词 | 传染病防治；监测制度；预警机制；预防接种；法律缺陷；域外借鉴

Copyright © 2025 by authorx (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/).

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 我国传染病防治法律制度的现状检视与缺陷

1.1 传染病监测制度

新中国成立以来，我国传染病监测主体的职责分工在不同历史阶段呈现出与当时国情和公共卫生发展水平相适应的特点，并逐步走向精细化、规范化。在建国初期，基于当时较为薄弱的医疗卫生基础和有限的专业力量，传染病监测工作主要依托各级卫生防疫机构开展，

职责相对集中在对天花、鼠疫、霍乱等烈性传染病的发现、报告，以及局部区域的疫情追踪，主要通过基层卫生防疫人员走街串巷、深入社区和乡村进行排查、统计病例等方式来履行监测职责，收集的数据也多用于支持应急性的防控处置，如实施隔离、消毒等措施，以遏制传染病的快速传播。随着我国医疗卫生事业的逐步发展，到了20世纪70年代末至20世纪80年代，国务院及省级卫生行政部门开始依据《中华人民共和国急性传染病管理条例》等相关规定，在宏观层面加强对传染病监测工作的引导，着手制定一些地区性的传染病监测计划，

作者简介：刘依林，上海政法学院法学院硕士研究生，研究方向：行政法学、体育法。

文章引用：刘依林. 我国传染病防治法律制度的现状检视与域外考察 [J]. 社会科学进展, 2025, 7 (11): 946-952.

<https://doi.org/10.35534/pss.0711160>

整合各地卫生防疫资源,明确不同地区针对常见传染病的重点监测方向,逐步拓展监测的广度和深度,引导各级卫生防疫机构将监测范围从少数烈性传染病向更多法定传染病延伸。^[1]进入21世纪,特别是在经历了2003年“非典”疫情这一重大公共卫生事件后,我国对传染病监测的科学性、系统性要求进一步提高。^[2]依据2004年修订后的《传染病防治法》以及后续不断完善的相关规定,国务院和省级卫生行政部门承担起更为全面且具前瞻性的顶层规划与方案制定重任。^[3]另外,各级疾病预防控制机构作为具体实施监测的核心力量,其职责在法律和相关规定的不断细化下日益丰富。早期主要围绕法定传染病报告开展相对单一的监测工作,依据当时施行的《传染病防治法实施办法》等规定,严格按照既定的传染病诊断标准和报告流程,向卫生行政部门报送病例信息。2024年修订的《传染病防治法》虽进一步明确了预警监测的框架,但从法学视角审视,其制度设计仍存在多维度缺陷,未能充分实现“法律规制行政行为、保障公民权利”的核心目标。

事实上,自新中国成立起,报告法定传染病亦是传染病监测的核心内容。1955年发布的《传染病管理办法》便初步规定了部分传染病的报告要求,后续随着传染病防治法律法规的不断完善,各级医疗机构、疾病预防控制机构等需严格按照《传染病防治法》及其实施办法所规定的传染病分类(如甲、乙、丙类传染病)、诊断标准以及不同情形下的报告时限(如甲类传染病要求在发现后2小时内报告等),准确、及时上报病例信息,确保传染病疫情能第一时间被掌握,以便迅速启动相应的防控响应机制。^[4]与此同时,我国的传染病监测内容也在不断丰富拓展。从早期侧重于对传染病确诊病例的被动收集,到如今多种形式的主动监测不断强化。依据2024年《传染病防治法》及相关配套规定,针对重点人群(如老年人、儿童、医护人员等易感群体),会定期开展健康监测专项行动,通过体检、健康问卷调查等方式收集健康信息,分析潜在传染病传播风险;针对重点场所(像学校、养老院、农贸市场等人流量大且易传播传染病的场所),建立常态化的抽样调查机制,例如在学校开展晨午检制度,定期对学生的健康状况进行抽检,及时发现传染病的早期传播迹象。

1.2 预警法律制度的核心缺陷

新中国成立后的较长一段时间内,传染病预警主要依靠经验判断,缺乏明确、量化的预警阈值设定。当时卫生防疫人员凭借对本地传染病流行规律的熟悉以及对现场疫情的观察,当发现传染病病例数明显增多、出现聚集性发病等异常情况时,向上级报告并启动相应防控措施,但这种方式相对主观且缺乏统一标准。后来,随着公共卫生法制建设的推进以及对传染病监测数据利用能力的提升,预警阈值设定逐渐走向科学化、规范化。2003年“非典”疫情后,我国加快完善传染病预警相关

制度,在后续修订的《传染病防治法》及相关配套法规中不断探索合理的预警阈值设定方法。^[5]到2024年《传染病防治法》,依据不同传染病的特点进行了精细化的预警阈值设定。对于甲类和按甲类管理的乙类传染病,鉴于其传播速度快、危害程度高的特性,基于过往重大疫情应对经验以及科学的风险评估,设定了相对严格的绝对预警值。

但是2024年《传染病防治法》仅规定“甲类和按甲类管理的乙类传染病设定严格预警值,乙类、丙类传染病采用动态预警机制”,但未对“严格预警值”和“动态阈值”的具体标准作出量化规定——如高致病性禽流感的“禽类养殖场感染率特定比例”未明确数值,“聚集性传播趋势”未界定“时间范围”(如72小时或1周)与“区域范围”(如县级或市级行政区域),甚至未明确阈值设定的法律依据与调整程序。此种模糊性直接违反了行政法中的法律保留原则。^[6]胡建森指出,“涉及公共利益分配与公民基本权利限制的行政行为,其核心要件必须由法律明确规定,禁止行政机关自行创设标准”。预警行为本质是对公共卫生风险的干预,可能伴随人员流动限制、场所关停等措施,直接影响公民的人身权与财产权,理应由法律明确阈值标准。实践中,部分地方卫生行政部门曾因“聚集性病例”的界定分歧,导致同一类型疫情出现“甲地触发预警、乙地未响应”的混乱局面,暴露出阈值缺乏法定标准的弊端。

1.3 预防接种制度

新中国成立后,我国预防接种工作经历从有到无、从局部到全面的发展历程,不同阶段的法律法规和政策对其进行了规范和保障。早期,我国针对天花、脊髓灰质炎等严重危害儿童健康的传染病开展大规模疫苗接种运动,当时主要依据国家统一部署和地方实施计划,逐步建立起初步的疫苗接种服务体系,虽然疫苗供应和接种管理相对简单,但为后续发展奠定了基础。此后,随着公共卫生事业的不断进步,疫苗接种工作日益规范化、科学化。2024年《传染病防治法》及相关配套法规(如《疫苗流通和预防接种管理条例》等)进一步细化了疫苗采购环节,要求各地严格按照国家免疫规划和疫苗管理相关规定,通过合法合规的渠道采购质量可靠、安全有效的疫苗。^[7]诸如必须从具备合法资质的疫苗生产企业或供应商处采购,严格审核疫苗的批签发证明、检验合格报告等文件,确保疫苗来源合法合规;同时建立疫苗全程追溯体系,利用信息化技术手段,为每一支疫苗赋予唯一的电子追溯码,记录疫苗从生产、运输、储存到接种的全流程信息,确保每一支疫苗来源可查、去向可追,保障疫苗质量安全。

1.4 血液采集管理制度

在建国初期,血液采集工作尚处于起步探索阶段,相关管理较为薄弱,主要侧重于保障基本的医疗用血需

求,对血液安全保障的重视程度和技术手段相对有限。随着医疗技术的进步以及对传染病传播途径认识的加深,我国不断加强血液采集管理工作,相关法律法规陆续出台并完善。^[8]2024年《传染病防治法》更是强化了对血液来源的追溯管理,从献血者招募环节开始严格把关。在献血者招募时,依据《献血法》及相关规范要求,详细询问献血者的健康状况(如是否有发热、传染病病史等)、流行病学史(近期是否到过传染病流行地区、是否接触过传染病患者等),并进行必要的健康检查(如体格检查、血液初筛检测等),严格筛选献血者,确保血液来源安全可靠。在血液检测标准上,采用更为先进、灵敏的检测技术和方法,按照国家规定的血液检测项目和标准(如对乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等传染病病原体的检测),运用高精度的检测试剂和仪器设备,提高对各类传染病病原体的检测准确率,避免经输血传播传染病的风险。同时,对血液的储存运输环节制定了严格的温度、环境等条件要求,依据《血站质量管理规范》等相关规定,配备专业的冷链设备(如低温冷藏箱、冷链运输车等)和监控系统(实时监测温度、湿度等参数),保证血液质量在整个流转过程中不受影响,全方位筑牢传染病预防的血液安全防线,保障临床用血安全,减少因输血导致的传染病传播隐患。

2 传染病防治法律制度的域外考察与借鉴

在全球公共卫生治理的大背景下,不同国家依据自身的历史文化、政治体制、社会发展状况等因素,构建了各具特色且较为完善的传染病防治法律制度。深入考察这些国家的具体法律规定及实践做法,对于我国进一步优化传染病防治法律体系具有重要的借鉴价值。

2.1 日本:预防与隐私并重的传染病防治法律制度

日本在1998年前后对传染病对策法制进行大规模整備后,形成了涵盖多方面的法律体系,各法律从不同维度筑牢预防防线。《传染病预防与传染病患者的医疗法》作为重要法律,从宏观层面规定了传染病预防及患者救治相关的基本框架,明确了政府、医疗机构、公共卫生机构等主体在传染病防治各阶段的责任与义务,为传染病防治工作绘制了全面的行动蓝图。^[9]《检疫法》聚焦于国境卫生检疫等环节,通过严格的检疫程序,防止传染病从境外传入国内。

其健康危机管理体系分为中央和地方两个层级,构建起全方位的预防网络。中央层面,厚生劳动省作为责任核心,依据相关法律规定,负责制定全国性的传染病防治策略、规划以及资源调配等工作。^[10]例如,在传染病监测方面,厚生劳动省有权要求各级卫生机构按照统一标准收集、上报数据,以便进行全面分析和风险预警,发挥着中枢指挥的关键作用。地方层面,各地方所

设的保健所处于公共健康危机管理的第一线,依据地方相关法规及上级指导意见,承担着诸如社区传染病防控宣传、对辖区内重点场所(如学校、养老院等)进行定期卫生检查、督促居民做好日常预防措施等具体职责。^[11]保健所会根据《关于后天性免疫力不全性传染病的预防指针》等法规要求,针对不同传染病特点,制定适合本地区的预防工作计划,切实将预防工作落实到基层,成为公共卫生预防的前沿阵地。

在信息公开方面,《感染症法》明确规定信息发布的主体为厚生劳动大臣及都道府县知事,并且要求其应当在传染病防治中通过报纸、广播、互联网或其他适当方式,积极公布有关传染病发生的情况、趋势、原因以及预防和治疗该传染病所需的消息。同时,该法也充分考虑到个人信息保护问题,规定在为保护公共健康而对相关个体个人信息进行公开时,应当讲究适度公开。^[12]例如,在涉及医疗领域的个人信息处理上,虽然承认相关医护人员、医疗机构以及保健设施机关通过共享患者相关信息,能在总结经验后推进医疗技术进步和公共卫生事业改善,但明确要求发布信息时“应当注意保护个人信息”。^[13]我国可借鉴日本的程序框架,但应该结合我国实际情况对日本的应急效率进行调整,例如将专家论证简化为48小时内线上评审,避免因程序复杂延误防控时间,同时应在《传染病防治法》中明确,预警信息应当向同级政府备案,解决权责冲突的问题。

2.2 美国:联邦与州协同下的传染病防治法律制度

美国联邦政府制定的《公共卫生服务法》对公共卫生服务的提供、卫生资源的分配以及传染病监测等关键环节进行了规定。该法明确了联邦层面的公共卫生机构(如美国疾病控制与预防中心)的职责,要求其负责全国性的传染病监测系统的运行与维护,定期收集、分析各地传染病发病数据,并向各州提供技术支持和指导意见,发挥着引领与统筹全国公共卫生工作的重要作用。^[14]在针对特定传染病方面,像艾滋病防治相关法规,从艾滋病的预防、检测、治疗以及隐私保护等多个维度做出详细规定,为应对这类特殊传染病提供了全面的法律保障,如同为攻克特定公共卫生难题打造了专属的“法律武器”。另外,《生物恐怖防范和应对法》聚焦于生物安全领域,旨在应对生物恐怖袭击等可能引发的传染病危机,加强对生物制剂的管理和防范,规定了严格的生物制剂登记、储存、运输等管理制度,以及在发生相关危机时联邦政府的应急响应机制,为国家生物安全筑牢了一道坚实的防线。依据美国宪法规定,各州在公共卫生管理事项上拥有较大的自主权,但根据本州实际情况,^[15]在联邦法律框架下制定各自的传染病防治法规,形成了各具特色的地方公共卫生治理模式。

《州紧急卫生示范法》作为协调各州规定并提供参考的立法建议,对公共卫生当局的权力及限制进行明确规定,为公共卫生权力的行使划定清晰边界与轨道,确

保权力运行合理有序。在涉及强制隔离等对个人权利产生重大影响的行政行为时,要求行政部门及法院下达强制隔离命令时配备完整行政程序,例如需先进行专业风险评估,确定个体存在高传播风险且无替代防控措施后才可下达命令;被要求隔离或检疫者有权向法院申请要求公共卫生主管部门说明不能解除隔离的原因,还可就违反相关条件申请听证,以此保障公民面对公权力限制时有维护合法权益的途径,彰显公权力与私权利平衡的法律制衡艺术。^[16]在实践中,美国遵循“必须性、合理方式、避免伤害、相称性”四项原则来权衡公共利益与个人权利的关系。以疫苗接种为例,^[17]尽管政府鼓励民众接种疫苗,但对于因宗教信仰、身体特殊状况等原因拒绝接种的情况,会依这些原则综合判断,若个人能证明接种疫苗可能对自身造成严重伤害且超过不接种对公共健康的潜在风险,会在一定程度上尊重个人选择,体现了在公共利益和个人权利间寻求平衡的理念,为处理类似公共卫生权益争议提供有益思考路径。

美国借助《公共卫生服务法》和《州紧急卫生示范法》建立起一种对预警裁量权从两方面进行限制的机制。具体而言,一方面,通过《州紧急卫生示范法》规定预警界别的调整要满足“双重程序”,即提交“风险评估报告”,以及对涉及“强制隔离”的预警,要保障公民的听证权,被隔离者可申请法院审查预警措施的必要性,体现了从程序上对裁量权的约束。另一方面,美国明确“预警措施需与风险等级匹配”遵循比例原则,避免过度干预,从措施与风险等级匹配层面约束裁量权。而我国现行的预警制度存在行政裁量权约束机制近乎空白的问题,例如预警级别的调整缺乏裁量基准,预警响应措施的选择缺乏比例原则约束等,导致预警裁量无边界。美国的这种机制,能为我国解决在预警过程中行政裁量权滥用、预警裁量无边界的困境提供借鉴。

2.3 英国:传承与拓展并举的国际化传染病防治法律制度

英国早在1848年制定的《查德威克法案》就开启了现代国家公共卫生立法的先河,该法案对公共卫生管理的多个基础方面进行了规范,如对城市环境卫生、供水排水系统建设、垃圾处理等与传染病传播密切相关的因素进行了规制,为传染病防治奠定了重要基础。1859年的《药品、食品法》着重加强了对药品和食品质量安全的监管,通过严格规范药品生产、销售流程,以及食品卫生标准,从源头上减少因食品、药品问题引发传染病传播的风险,为公共卫生安全筑牢了一道重要防线;1875年的《公共卫生法》进一步细化了公共卫生设施建设、公共场所卫生管理等方面的要求,明确了地方政府在保障公共卫生环境方面的责任,促使各地加强对公共厕所、市场、车站等人员密集场所的卫生清洁和消毒工作,降低传染病传播概率,进一步完善了公共卫生治理的微观层面。1946年颁布的《国家卫生服务法》具有里

程碑意义,它实行全民免费的医疗卫生服务,极大地提高了民众获取医疗服务的可及性,有利于及时发现传染病患者并进行治疗,减少传染病在人群中的传播,同时也促使医疗机构依据法律规定,建立完善的传染病监测、报告和防控体系,例如医院必须按法定要求对就诊患者进行传染病筛查,及时将确诊或疑似传染病病例信息上报给相关卫生部门,并在院内采取严格的感染控制措施,防止传染病在医院内交叉感染,从医疗服务供给侧为传染病防治提供了有力保障。此后,1968年颁布的新《药品法》和1983年颁布的新《医疗法》等法律法规,分别在药品管理的科学性、规范性以及医疗服务提供的质量保障等方面持续优化,^[18]使传染病防治工作在各个环节都有更具针对性和操作性的法律依据,不断强化公共卫生治理的法律支撑体系。

事实上,英国在国际传染病防治事务中一直积极作为,展现出开放包容、积极融入全球公共卫生治理大家庭的姿态。在传染病监测方面,英国依据世界卫生组织(WHO)等国际组织的标准,建立了全面且高效的监测系统,涵盖医疗机构、实验室、疾病报告系统等多渠道收集数据,并运用流行病学方法进行分析 and 预测,及时将监测数据与国际组织及其他国家共享,如在猴痘疫情期间,英国按照WHO的要求,对重点人群及普通大众进行基于病例的国家猴痘监测,并将所有病例报告给国家和区域监测系统,以监测传播水平。^[19]在传染病防控方面,英国积极参与国际组织制定的防控指南和标准操作程序的制定与执行,如在埃博拉出血热疫情和新冠疫情期间,英国借鉴国际经验并结合本国实际情况,制定了针对性的防控措施,包括在机场、港口等交通枢纽设立检疫站,对入境人员进行健康检查,对疑似或确诊患者进行隔离等。^[20]同时,英国还通过国内立法将国际要求转化为具体规定,要求本国卫生机构、科研单位等积极配合国际传染病防控工作,如英国公共卫生快速支持团队经常被部署到世界各地,支持对新出现病原体的应对工作,在西非埃博拉疫情期间,英国公共卫生英格兰的流行病学家与塞拉利昂卫生部密切合作,国防部部署军队建造治疗中心,NHS工作人员自愿担任医护人员,国际发展与英国大学合作支持疫苗临床试验。在科研合作方面,英国积极参与国际联合科研项目,共同研发传染病诊断试剂和疫苗等,如在新冠疫情期间,^[21]英国与多个国际组织和国家合作开展疫苗研发工作,共享科研成果和经验。

英国在传染病预警制度方面的做法及对我国的借鉴意义。英国采取动态立法的方式,即随着公共卫生风险的变化不断完善相关法律。例如从1848年《查德威克法案》的基础卫生规制,到2020年《新冠病毒法》的预警专项条款,展现出其法律的与时俱进。《新冠病毒法》第22条专门增设“新发传染预警阈值”,明确“不明原因肺炎病例超过5例且存在人际传播证据”即触发预警,

相关规定为新发传染病预警提供了具体标准。我国在这方面存在制度上的空白，英国颁布的这些专项条款，能够为我国填补相关制度上的空白并提供借鉴，帮助我国完善传染病预警法律制度。

3 我国传染病防治法律制度的改进思路与制度建构

通过对我国在传染病防控方面的法律现状进行比较研究，并与外国制度进行比较评估，可以发现，尽管在国家法律框架下建立了相对系统的法律规范，但在传染病监测、预警、预防接种和血液采集管理领域，仍然存在核心问题，如门槛设置模糊、程序缺失、权责不清、信息披露不足。鉴于此，重要的是在充分吸收国外经验的同时，结合中国国情，提出更可行的改进建议。以下将围绕预警阈值的法定化和科学化、程序正当化，公民权利保障、中央与地方权责明晰化，信息披露与隐私保护、国际合作，以及未来的立法路径。

3.1 预警阈值的法定化与科学化

我国的《传染病防治法》为甲类和按甲类管理的乙类传染病设立了“严格的预警值”，并为其他类型的传染病设立了“动态预警机制”；然而，这些规定并没有明确具体的量化标准。这导致行政机构在操作时拥有过多的自由裁量权。相比之下，美国《州紧急卫生权力示范法》规定，预警阈值的设定需依据“风险评估报告”和“比例原则”。同时，英国则制定《新冠病毒法》，该法明确了一个量化标准，即如果出现五例以上原因不明且有人传人的肺炎病例，就可以触发警报。这些做法表明，基于科学的阈值能够调节行政的随意性。因此，中国需要推动法律中阈值的“法制化”。立法机构可以制定明确且统一的量化标准，例如，当病例增长率达到一定比例、传播到多个行政区域或疑似病例超过某一标准时，可以与流行病学和统计学专家合作，启动类似级别的警报。另一方面，建立“动态修订机制”，让国务院卫生行政部门在出现新的传染病时，基于专家论证和风险评估报告的建议，临时制定并及时向全国人大常委会备案，以实现“科学性”和“合法性”的统一。

3.2 程序正当化与公民权利保障

传染病警告和相关行动也可能直接侵犯公民的自由、财产权和隐私权。例如，强制隔离、停工停课或交通管制，这些不仅是必要的措施，还会限制人们的公民自由。我国现行法律体系可以应对这一问题，然而，法律的程序框架却不足，尽管国家有法律，但并未实施听证和救济等基本机制。美国的经验表明，程序公正是防止滥用权力的关键措施。《州紧急卫生权力示范法》要求强制隔离必须伴随风险评估和司法审查程序，被隔离的人可以申请听证以行使其法律权利。这种制度配置既维护了公共利益，也保障了个人权利。基于这一点，我

国应在《传染病防治法》中明确，在某些严重措施如强制隔离、关闭和征用场所和财产的情况下，应事先进行行政听证，或至少事后提供司法救济。这有助于避免过多干预，并建立公众对防疫工作的信心。

3.3 中央与地方权责明晰化

在国家层面上，疫情控制和预防中“模糊的中央标准和不一致的地方实施”一直是我们国家的问题。例如，各个地区对“聚集性病例”的定义不统一，导致不同地区对类似疫情的反应各不相同。这是法律和制度设计以及中央与地方政府之间模糊界限的重要反映。日本的方法值得我们学习。日本的中央政府，厚生劳动省，制定国家标准；根据当地实际情况，地方卫生部门进行基层预防和控制，形成中央与地方之间的分工合作关系。相比之下，美国依赖于“双重联邦-州”机制，提供国家指导框架，并允许地方根据自身情况进行响应和发展。鉴于国家情况，《传染病防治法》应明确中央政府应建立统一的预警标准和基本措施，而地方政府有权根据当地情况制定更严格或更具体的实施要求。公共当局不应因政治考虑而延迟报告疫情，也不应因过度反应而采取不必要的措施；并建立中央和地方之间的信息报告和审查机制。

3.4 信息公开与隐私保护的平衡

信息透明是疫情防控的基础，不仅增强了政府在疫情防控中的公信力，同时也帮助公众及时采取防护措施。然而，“过度披露”和“信息隐瞒”在我国公共卫生事件中也呈现出一种混合现象：一方面，一些地方政府由于害怕引起公众恐慌而延迟或隐瞒报告，另一方面，当数据被披露时，却没有保护个人隐私，导致一些患者的个人信息被过度曝光。例如，日本的《传染病控制法》详细规定了这一情况：公共信息的传播由厚生劳动大臣和地方知事统一进行，以便所有当局享有权威，并且法律强调“适当披露”，以满足公众的知情权而不侵犯个人隐私。我们应该在我国的《传染病防治法》中增加一个“适当披露条款”；这一条款将意味着发布疫情信息的义务应遵循三个原则：（1）内容应仅限于防控所需的信息；（2）应避免披露个人敏感信息，如患者的姓名和地址；（3）应对媒体和第三方平台发布的报告有隐私保护要求，以防止“二次伤害”。

3.5 国际合作与制度联动

传染病的预控是全球性问题，任何国家都无法独善其身。事实上，在埃博拉和新冠疫情期间，英国采取了积极的信息共享和与世界卫生组织及其他国家的科学研究合作，强调了机构合作的重要作用。我国必须加强立法中的国际合作条款，明确规定政府有义务及时向世界卫生组织报告重大疫情，推动签署区域公共卫生协议，并鼓励研究机构开展国际联合研究。此外，应建立法律上的跨境合作机制，例如在港口检疫、国际航运和跨境

数据共享等领域设立制度条款,提升我国在全球公共卫生治理中的主动性和参与度。

3.6 未来立法完善的路径

结合以上几点,可以提出我国未来传染病防治立法的路径:

(1) 设立专章:在《传染病防治法》中单独增设“传染病预警制度”专章,细化预警阈值、程序规范、权责划分、信息公开、隐私保护等内容。

(2) 建立动态修正机制:允许国务院在新发传染病出现时,通过行政法规临时调整预警标准,并在六个月内提交全国人大常委会备案。

(3) 完善救济制度:明确公民在遭遇不当隔离、财产征用等情况时的救济渠道,包括申请行政听证、提起行政复议或行政诉讼。

(4) 强化社会参与:鼓励社会组织、媒体和公众参与疫情防控,建立信息举报与舆论监督机制。

(5) 推动数字化治理:在立法中纳入大数据、人工智能等新兴技术的应用规范,确保其在传染病监测、预警中的合法性与安全性。

4 结语

我国传染病防治法律制度在不断发展和完善中取得了显著成效,从传染病监测、预警、预防接种到血液采集管理等方面都日益精细化、规范化。同时,通过对日本、美国、英国等国家相关法律制度的域外考察,我们获得了诸多可借鉴的经验。我国应立足本国国情,充分吸收域外有益做法,进一步优化传染病防治法律体系。通过细化部门职责、强化上下联动、完善信息管理规范、明确中央与地方权责、加强国际合作等措施,全面提升应对传染病疫情的能力,切实维护公众健康权益,为构建更加完善、高效的公共卫生法律体系奠定坚实基础。

参考文献

- [1] 胡洪彬. 新中国成立以来党和国家防控重大疫情的历程、经验与启示[J]. 宁夏党校学报, 2020(3): 90.
- [2] 张剑波. 数字时代我国公共卫生危机之应对预警制度的缺陷与完善[J]. 医学与法学, 2024(6): 38.
- [3] 陈云良. 促进公共卫生法律体系向公共卫生法治体系转化[J]. 法学, 2021(9): 17.
- [4] 付子堂, 庞新燕. 我国公共卫生体系搭建历程与逻辑进阶——以健康权保障为研究视角[J]. 人权, 2022(6): 30.
- [5] 毛张娜, 毛阿燕, 王丹蕾, 等. 我国疾病预防控制中心考核评价体系的发展历程、问题及建议[J]. 中国公共卫生, 2023(4): 540.
- [6] 胡建森. 法律保留原则在公共卫生行政中的适用[J]. 法商研究, 2021(4): 62.
- [7] 胡伟力. 论我国传染病防治法制建构[J]. 医学与哲学, 2020(10): 46.
- [8] 程聪, 吕翠, 张少强, 等. 医院全流程血液冷链监管体系构建和应用探讨[J]. 中国输血杂志, 2019(2): 200.
- [9] 权彤, 石涛. 近代日本的疫病与防治管理制度探析[J]. 史学集刊, 2020(4): 65.
- [10] 陈婉莉, 姜晨彦, 王继伟. 日本传染病预防控制体系及其对我国的启示[J]. 上海预防医学, 2021(3): 248.
- [11] 孙志鹏, 李思佳. 近代日本的鼠疫防控及社会管理[J]. 经济社会史评论, 2021(3): 114.
- [12] 孙志鹏. 近代日本公共卫生制度与身体生产[J]. 外国问题研究, 2020(4): 22.
- [13] 陈婉莉, 董琳娟, 王继伟, 等. 日本传染病监测体系介绍[J]. 中国公共卫生, 2021(10): 1473.
- [14] 秦臻, 奚梓玮, 刘嘉骏, 等. 全球主要国际组织、联盟和国家传染病立法回顾[J]. 疾病监测, 2024(7): 881.
- [15] 孙梦龙, 谢铨涛. 比较法视野下妨害传染病防治罪的法律检视[J]. 医学与法学, 2021(1): 7.
- [16] 雷娟. 美国传染病强制医疗制度及启示[J]. 比较法研究, 2014(6): 157.
- [17] 蒋丰, 田侃. 传染病防治法律视角下新冠肺炎预警制度探讨[J]. 南京医科大学学报(社会科学版), 2021(1): 55.
- [18] 刘阳. 英国《新冠病毒法》主要争议与思考[J]. 中国卫生法制, 2024(2): 84.
- [19] 陈云良, 陈煜鹏. 论传染病防治决策的法治化和科学化[J]. 比较法研究, 2020(2): 25.
- [20] 侯宇, 梁增然, 邓利强, 等. 传染病防治法律之比较研究: 兼谈我国《传染病防治法》修改[J]. 中国医院, 2021(1): 11.
- [21] 孙树茵, 闫蕊. 英国医疗卫生事业的转型——从“治病救人”到“预防优先”[J]. 兰州学刊, 2010(8): 64.

Review of the Current Status of China's Legal System for Infectious Disease Prevention and Control and Overseas Case Studies

Liu Yilin

Shanghai University of Political Science and Law, Shanghai

Abstract: The legal system for the prevention and control of infectious diseases in China has evolved from its initial construction in the early days of the founding of the People's Republic of China to a gradually refined and standardized system in the 21st century. In terms of the infectious disease monitoring system, the monitoring work has shifted from passive collection of case information in the early stage to active monitoring of diversified data sources, and a comprehensive and multi-level monitoring network has been established. The early warning system sets clear early warning thresholds for different types of infectious diseases to ensure timely and accurate triggering of early warning responses. The development of the vaccination system reflects the transformation from local immunization actions to national planning, and through strict management of vaccine procurement, vaccination site settings, and personnel training, the level of population immunity has been improved. The blood collection management system has been continuously strengthened, with strict regulations on blood donor recruitment, blood testing standards, and storage and transportation conditions to ensure the safety of clinical blood use. However, there are still significant shortcomings in the early warning legal regulation, which is one of the core systems. Currently, the early warning system faces problems such as vague legal standards for early warning thresholds, insufficient constraints on administrative discretion, and lack of procedural regulation, leading to difficulties in timely early warning responses or excessive intervention in practice. Through analyzing the statutory early warning elements of Japan's Infectious Diseases Act and the collaborative discretionary constraint mechanism of the federal and state governments in the United States, an analytical framework of "threshold statutoryization - procedural legitimization - clarification of responsibilities and rights" is constructed. The study proposes that the quantitative standards for early warning thresholds should be refined, administrative hearing procedures should be added, and the boundaries between central and local early warning responsibilities should be defined in the Prevention and Control of Infectious Diseases Act, providing an operable path for the legalization of China's infectious disease early warning system and filling the gap in micro-system research in the field of public health administrative law. In order to comprehensively enhance the ability to respond to infectious disease outbreaks and effectively safeguard public health rights and interests.

Key words: Prevention and control of infectious diseases; Surveillance system; Early warning mechanism; Preventive vaccination; Legal defects; Extraterritorial reference